

# Originalarbeit

## Systemische Familienmedizin

Friedebert Kröger, Susanne Altmeyer und Askan Hendrichske

### Zusammenfassung

Die systemische Familienmedizin ist ein Kind der Familientherapie. Sie ist charakterisiert durch die Anwendung systemisch-familientherapeutischer Theorie und Praxis auf die Themen der biologischen Medizin und die Strukturen der Gesundheitsversorgung. Angesprochen sind alle in der medizinischen Grundversorgung tätigen Berufsgruppen, Ziel ist die gelungene Kooperation zugunsten des Patienten. Aufgrund ihrer Kontextbezogenheit, ihrer kommunikativen Kompetenz und ihres Methodeninventars sind systemisch ausgebildete Therapeuten besonders dazu geeignet, die Herausforderungen in diesem wachsenden Praxisfeld anzunehmen und zu gestalten.

### Summary

#### Family Systems Medicine

Family Systems Medicine is a child of family therapy. It is characterised by the use of systemic family-therapeutic theory and practice on the topics of biological medicine and the structures of health provision. All professional groups active in basic medical provision can be involved. The aim is successful co-operation for the benefit of the patient. Because of their attention to context, their communicative competence and their range of methods, therapists trained in systemic therapy are especially well suited to meeting and shaping the challenges of this expanding field of practice.

## 1 Einleitung

Die Gesundheitsversorgung in den Industrienationen steht nicht zuletzt wegen der großen Erfolge der Akutmedizin vor großen Herausforderungen. Eine verlängerte Lebenszeit, die zunehmende Anzahl chronischer Krankheitsverläufe verbunden mit der Forderung nach hoher Lebensqualität stellen Anforderungen an das Gesundheitssystem, denen die derzeitigen Organisations- und Finanzierungsformen nicht gerecht werden. Als optimierungsbedürftig erweisen sich auch die intra- und interdisziplinären Kooperationsstrukturen, die den Rahmen für die Beziehung zwischen Patienten und ihren Behandlern, aber auch für die Zusammenarbeit der Professionellen bilden. Korrekturversuche, die die Finanzierungs- und Leistungsformen betreffen sind häufig, kurzlebig und offensichtlich wenig wirkungsvoll. Kontinuierlich mehr Aufmerksamkeit richtet sich auf das primäre Beziehungsnetz der Patienten, das in der Regel von deren Familien und Angehörigen gebildet wird. Gesetzgeber und Leistungserbringer im Gesundheitssystem erkennen es als Ressource und wollen es fordern und fördern. Dies schlägt sich auch in der Anzahl der aktuellen Publikationen nieder, man könnte geradezu von einer Renaissance familienmedizinischer Konzepte sprechen, die, aus dem amerikanischen und englischen Gesundheitssystem kommend, die in der medizinischen Grundversorgung tätigen Berufsgruppen erreichen wollen (Weihs et al. 2002; Fischetti u. McCutchan 2002; Hegemann et al. 2000; Kröger et al. 2000).

Theorie und Praxis einer systemischen Familienmedizin erweitert die Frage: Wie kann Patienten geholfen werden, Mitverantwortung für diejenigen Aspekte ihrer Krankheit zu übernehmen, auf die sie Einfluß haben, und die zu akzeptieren, die sie nicht beeinflussen können? – und ergänzt: Wie können Angehörige sinnvoll an diesem Prozeß beteiligt werden? Neben der Erweiterung der diagnostischen und therapeutischen Einheit vom Individuum auf die Familie fokussiert eine systemische Familienmedizin die Intensivierung kooperativer Arbeitsstrukturen als Chance zur Ressourcenaktivierung im Gesundheitssystem.

Die systemische Familienmedizin ist ein Kind der Familientherapie und durch die Anwendung systemisch-familientherapeutischer Theorie und Praxis auf die Themen der biologischen Medizin und die Strukturen der Gesundheitsversorgung charakterisiert. Systemische Familienmedizin basiert damit auf drei Prinzipien (nach McDaniel 1996, 2002):

- gleichwertige Berücksichtigung und Einbeziehung psychischer und somatischer Faktoren bei der Diagnostik und Behandlung der Patienten;
- enge Kooperation mit Patientenfamilien und ihre konsequente Einbeziehung bei der Krankenversorgung;
- patientenbezogene Kooperation von Experten aus dem medizinischen, dem psychosozialen und nichtmedizinischen Bereich durch Bildung von interdisziplinären Behandlungsteams.

## 2 Grundlagen der systemischen Familienmedizin

### 2.1 Kooperation mit Familien

Die Verlagerung stationärer medizinischer Behandlungsleistungen in den ambulanten Bereich sowie das Anwachsen des Versorgungsbedarfs für chronisch kranke Patienten erfordert die Aktivierung psychosozialer Ressourcen. Ziel ist es, die bessere Bewältigung einer chronischen Krankheit oder Beeinträchtigung zu ermöglichen, Konflikte mit einer von der Krankheit bestimmten Lebensweise zu vermindern, die Kommunikation mit den beteiligten Behandlern zu verbessern, die Akzeptanz eines nicht heilbaren medizinischen Problems zu erleichtern oder Unterstützung zu bieten bei notwendigen Veränderungen des Lebensstils (Seaburn et al. 1993; McDaniel et al. 1995).

In der klinischen Hochtechnologiemedizin stellen sich familienmedizinische Aufgaben und Herausforderungen, z. B. in der Transplantationsmedizin, insbesondere bei Lebendspenden zwischen biologisch oder sozial eng verwandten Menschen (Reichwald-Klugger et al. 1996; Zipfel et al. 1999; Schneewind et al. 1996). Bei Organtransplantationen führen immunologische Fortschritte einerseits, zurückgehende Verstorbenspenden andererseits dazu, daß die Organspende zwischen biologischen Verwandten, aber auch zwischen zwar sozial, aber nicht biologisch Verwandten an Bedeutung gewinnt. Unter dem Gesichtspunkt familiärer Solidarität ist dies ein zusammenschweißender, aber auch oft heikler Vorgang, über dessen Langzeitprognose bislang noch wenig bekannt ist.

Psychotherapeutische und paardynamische Aspekte der Reproduktionsmedizin (McDaniel et al. 1995; Wischmann 1996; Wischmann et al. 1998) oder die Fortführung lebenserhaltender Maßnahmen in der Intensivmedizin sind weitere Problembereiche aus der Hochtechnologiemedizin, die für klinische Psychotherapeuten in der systemischen Familienmedizin eine Herausforderung darstellen. Gerade in diesen Bereich sollten systemisch ausgebildete Mitarbeiter einbezogen werden, die die Entscheidungsprozesse zwischen Angehörigen und Behandlern begleiten und moderieren können (vgl. Buck et al. 1995).

Bei der Behandlung von Kindern mit Phenylketonurie (Armbruster 1996) und Asthma bronchiale (v. Schlippe u. Theiling 1994; v. Schlippe et al. 2001; v. Schlippe 2001) ist die Kooperation von Patienten, Eltern und Behandlern von zentraler Bedeutung, da Mißverständnisse und eskalierende Konflikte das Behandlungsergebnis nicht selten negativ beeinflussen. Auch die Kombination familientherapeutischer und verhaltensmedizinischer Behandlungsansätze kann dann zu einer nachhaltigen Entlastung führen (Könning et al. 1994).

Die molekulargenetische Identifikation von Genveränderungen, die mit einem stark erhöhten individuellen und familiären Krankheitsrisiko einhergehen, hat für den Betroffenen selbst, aber auch für die Angehörigen erhebliche Konsequenzen. Im Rahmen der genetischen Beratung müssen familiendynamische Aspekte Berücksichtigung finden, da z. B. bei der prädiktiven humangenetischen Testung von Frauen aus Brustkrebs-Risikofamilien latente Familienkonflikte aktualisiert werden und Beratungs- sowie Entscheidungsprozesse beeinflussen können (z. B. Balck u. Berth 2002).

Kooperation und Familienorientierung können die diagnostische Phase abkürzen und entscheidende Weichen stellen: Die im folgenden beschriebene Kooperation zwischen Kinderärztin und Psychotherapeut ist beispielhaft. Die Kollegin suchte den Kontakt zum Psychotherapeuten nach der Teilnahme am Curriculum der Psychosomatischen Grundversorgung, die Verwirklichung der Kooperation wurde durch die räumliche Nähe der Praxen erleichtert.

Die 34jährige Frau P. kommt mit ihrer achtjährigen Tochter zur Kinderärztin zur Abklärung immer wieder auftretender krampfartiger Bauchschmerzen. Die Diagnostik zeigt keinen richtungsweisenden Befund, aufgrund eines zusätzlich auftretenden Hautausschlags ist die Mutter der Meinung, daß eine Allergie vorliege, die auch die Ursache für die Bauchschmerzen sei. Beim Erheben der Nahrungsmittel-Anamnese kooperiert sie nur widerwillig, im Kontakt zur behandelnden Kinderärztin steigt die Spannung. Auf den Vorschlag, einen psychosomatischen Kollegen hinzuzuziehen, reagiert die Mutter erst abwehrend, stimmt aber schließlich zu, da das Gespräch in der Kinderarztpraxis stattfinden soll.

Zum orientierenden psychosomatischen Gespräch kommen wieder Mutter und Tochter, die ältere Schwester (10 Jahre) und der Vater waren eingeladen, nehmen den Termin aber nicht wahr. Sofort gibt es in angespannter Stimmung ein Wortgefecht zwischen Mutter und Kinderärztin über das Für und Wider einer allergischen Genese der Haut- und Bauchsymptomatik. Angesprochen auf die psychosomatische Diagnostik, die ja nun stattfinden solle, reagiert Frau P. erst gereizt („Ich weiß auch nicht, was das soll!“), erklärt dann aber zur Überraschung aller, daß sie doch gern wissen möchte, warum die Tochter abends nicht einschlafen könne und sie diese fast jede Nacht zu sich ins Bett holen müsse.

Über die Einschlafstörung der Tochter berichtend ist es ihr auch möglich, die eigene Erschöpfung anzusprechen und die Belastung dadurch, daß die zehnjährige Tochter an einer Lungenentzündung erkrankt gewesen sei. Wie sich weiter herausstellt, besteht die Schlafstörung der Tochter seit zwei Jahren. Damals habe es eine gewaltsame Auseinandersetzung mit dem Ehemann gegeben, die die Kinder beobachtet hätten. Hier mischt sich die Tochter ins Gespräch ein: Der Papa habe sie auch schon einmal mit dem Ellenbogen in den Bauch gestoßen, als sie nicht habe schlafen können.

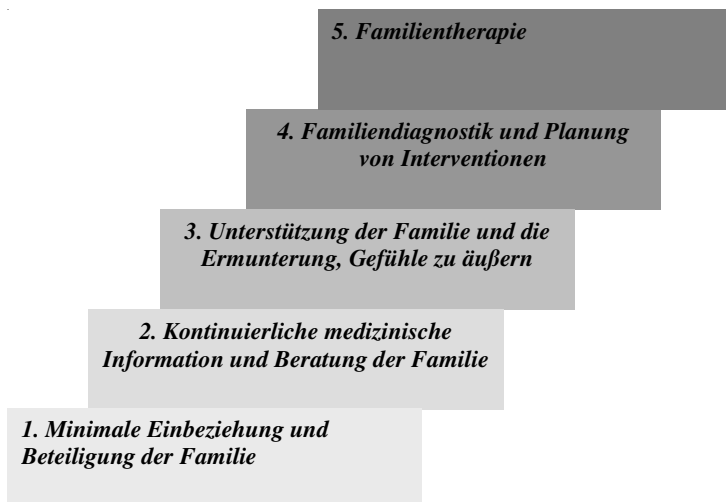
Im weiteren Gespräch macht Frau P. deutlich, daß sie sich lieber heute als morgen von ihrem Mann trennen wolle, da sie weitere Gewalttätigkeiten befürchte. Sie wisse aber nicht wohin, könne die Töchter und sich wirtschaftlich nicht allein versorgen.

Die Gesprächsatmosphäre ist deutlich entspannter, nachdem der Konflikt benannt ist. Es wird überlegt, den Ehemann zu einem weiteren Gespräch hinzuzuziehen, nach einigem Zögern kann Frau P. diesem Vorgehen zustimmen. Die Kinderärztin bespricht anschließend mit der Mutter, welche diagnostischen Schritte von somatischer Seite noch angezeigt sind und der nächste gemeinsame Gesprächstermin wird verabredet.

Die Integration von Familien in das medizinische Behandlungssetting kann anschaulich in einem Stufenmodell (Abb. 1) beschrieben werden, das sich an der Komplexität der somatischen und psychosozialen Wechselwirkungen orientiert (Ausmaß der Erkrankung und Krankheitsverlauf, Ausmaß der Belastung für den

Patienten und seine Familie, Schwierigkeiten im Behandlungsmanagement etc.).

- *Stufe 1:* Geringe Einbeziehung der Familie im Rahmen der medizinischen Routineversorgung. Kaum psycho-sozio-somatische Wechselwirkungen bei weitgehend komplikationslosem Behandlungsverlauf.
- *Stufe 2:* Zunehmende Integration der Familie, die ständig medizinische Information und Rat erhält. Oft notwendig bei schwerwiegenden Erkrankungen, aber nur geringen psychosozialen Wechselwirkungen und günstigem Behandlungsverlauf.
- *Stufe 3:* Ermunterung an die Familie, Gefühle zum Krankheitsgeschehen zu äußern, Unterstützung bei familiären Bewältigungsprozessen. Indiziert bei schwerwiegenden somatischen Krankheiten mit erheblichen psychosozialen Wechselwirkungen.
- *Stufe 4:* Systematische Familiendiagnostik und geplante Intervention in Familien. Indiziert bei fortdauernden und schwerwiegenden psycho-sozio-somatischen Wechselwirkungen und unbefriedigendem Behandlungsmanagement bzw. ausbleibendem Behandlungserfolg. Ebene der systemischen Familienmedizin.
- *Stufe 5:* Psychotherapeutische Familienbehandlung (systemische Familientherapie), z. B. bei schwer zu führenden Patienten, die überdurchschnittlich viele medizinische Leistungen in Anspruch nehmen, deren Behandlungsverlauf unbefriedigend ist und bei denen erhebliche psychosoziale Komplikationen bzw. familiäre Wechselwirkungen bestehen (modifiziert nach Doherty u. Baird 1987).



**Abb. 1:** Stufen der Integration der Familie (Doherty u. Baird 1987)

Die *Psychosomatische Grundversorgung mit einem familiensystemisch orientierten Curriculum* kann der Ort sein, an dem primär somatisch tätige Ärzte sich die psychosozialen und kooperativen Basiskompetenzen der Stufen 1–3 aneignen können (Hendrichske u. Petzold 1993, 1997).

Kenntnisse der Stufen 4 und 5 markieren die Ebenen, auf denen Fachpsychotherapeuten tätig werden können und müssen. Kenntnisse dazu können in spezialisierten Weiterbildungen in *systemischer Therapie* erworben werden (Übersicht bei v. Schippe u. Schweitzer 1996), medizinspezifischer auch in Curricula der *medizinischen Familientherapie*, wie sie bisher nur in Rochester und in Aachen existieren (vgl. McDaniel et al. 1997; Kröger et al. 1997).

## 2.2 Kooperation der Experten

Manteufel und Schiepek (1998) beschreiben Kooperation als „eine besonders elegante Form zwischenmenschlichen Handelns, weil sie unnötige Reibungen und Verzögerungen verhindert und nicht nur auf Ressourcen wie zwischenmenschliche Ermutigung, Hilfestellung oder konstruktiver Kritik beruht, sondern diese auch erzeugt.“ Kooperation ist überall dort gefordert, wo ähnliche Ursachen unähnliche Auswirkungen haben (also in komplexen Zusammenhängen). Läßt sich bei einem Patienten mit Diabetes mellitus der Blutzucker mit Hilfe einer Diät und der medikamentösen Therapie befriedigend einstellen, haben die Behandler es mit einem linearen Problem zu tun: Eine ähnliche Ursache kann durch eine ähnliche Wirkung behoben werden. Das wird für viele Patienten zutreffen, jedoch nicht für alle. Eine nichtlineare Dynamik ist bei Patienten zu vermuten, bei denen trotz regelrechter Diagnostik und Therapie der zu erwartende Behandlungserfolg nicht eintritt. So liegt ein komplexes Behandlungsproblem vor, wenn der einfache Zusammenhang zwischen Diagnose und erfolgreicher Therapie nicht mehr besteht, etwa dann, wenn der Patient heimlich eigene Medikamente einnimmt und die Behandler vor unauflösbare Behandlungsprobleme stellt. Meist ist dies der Fall, wenn sie den Lebenskontext in dem sich diese Krankheit ereignet (und in dem das Verhalten des Patienten Sinn macht), nicht mit einbeziehen. Für die Lösung des Behandlungsproblems reicht hier der lineare pathophysiologische Ursache-Wirkungs-Zusammenhang nicht aus. Vielmehr ist die Lösung in besonderem Maße kontextabhängig wie bei allen komplexen Problemen, die durch nichtlineare Wechselwirkungszusammenhänge gekennzeichnet sind.

Der Bedarf an interdisziplinärer Kooperation steigt dort, wo einfache, vorgezeichnete Lösungswege für die Patienten nicht zielführend sind, sich der gewünschte Behandlungserfolg also nicht einstellt. Unterschiedliche professionelle Kulturen, persönliche Stile und Erfahrungen müssen dann zur Zielerreichung koordiniert werden.

Bei Patienten mit primär somatischer Behandlungserwartung und ausgeprägten psychosozialen Belastungen stellt die Hinzuziehung von Psychotherapeuten eine Herausforderung an die kommunikativen und kooperativen Fähigkeiten des Primärbehandlers dar.

In der systemisch-familienmedizinischen Behandlung dieser Patienten erweitert der behandelnde Arzt das therapeutische System durch die Hinzuziehung eines Psychotherapeuten zu einem frühen Zeitpunkt, wenn sowohl auf ärztlicher wie auf Patientenseite Verwirrung und Irritation darüber auftritt, daß weder die durchgeführte Diagnostik hinreichende Ergebnisse lieferte, noch die Behandlungsversuche und „einfachen ärztlichen Ratschläge“ zum Krankheitsverhalten Erleichterung brachten. Da Überweisungsmodelle zu diesem Zeitpunkt dysfunktional wirken und häufig sogar zu einer Beschleunigung der diagnostischen und therapeutischen Spirale führen, macht die adäquate Weiterbehandlung dieser Patienten Modifikationen des Behandlungssettings notwendig.

Dr. K. ist seit ca. 18 Jahren als Allgemeinarzt niedergelassen und hat 1995 eine Zusatzqualifikation in Psychosomatischer Grundversorgung erworben. Ein befreundeter Internist überweist ihm eine ca. 62jährige Patientin nach Abschluß einer umfangreichen, jedoch ergebnislosen gastroenterologischen Diagnostik, da er „mit der Patientin nicht mehr zurechtkommt, die sich permanent über ihren Mann ausweint“.

Die Patientin klagt bei Dr. K. über leichte gastrointestinale Beschwerden, über diffuse Ängste, rasche Ermüdbarkeit und Schlafstörungen. Sie sei sehr besorgt um ihren 72jährigen Mann, der seit einigen Jahren zunehmende Verhaltensauffälligkeiten zeige, als Ursache dafür vermute sie Spätfolgen einer Granatsplitterverletzung aus dem Zweiten Weltkrieg. Er sei kindisch, verhalte sich läppisch, er bedränge sie sexuell und onaniere abends vor dem Fernseher.

Als sich Dr. K. bei dem behandelnden Neurologen des Ehemanns der Patientin nach dem letzten EEG erkundigt, erfährt er, daß dies völlig unauffällig gewesen sei, ohne Hinweis auf Krampfpotentiale oder hirnorganische Veränderungen. Der Neurologe äußert vielmehr die Vermutung, „daß die Ehefrau das eigentliche Problem ist“. Dr. K. schlägt der Patientin daraufhin Paargespräche bei einer niedergelassenen Paar- und Familientherapeutin vor, die jedoch wegen mangelnder Compliance des Ehemanns nach einem Erstgespräch nicht fortgeführt werden.

Schließlich wendet sich Dr. K. hilfesuchend an seinen konsultierenden Psychotherapeuten, Dr. A., mit dem er häufiger fallbezogen kooperiert. Im Vorgespräch entsteht bei diesem der Eindruck, daß es sich bei dem Ehemann der Patientin um einen hirnorganisch deutlich veränderten älteren Mann handelt, dessen Versorgung und Betreuung für die Patientin eine außerordentliche psychosoziale Belastung darstellt. Der Psychotherapeut schlägt Dr. K. ein gemeinsames exploratives Paargespräch in dessen Praxis vor. Ziel ist es, erstens zu einer Einschätzung der gesundheitlichen Situation beider Eheleute zu gelangen, zweitens diagnostische Anhaltspunkte hinsichtlich der Paarsituation zu erhalten und drittens Strategien für eine kooperative medizinisch-psychotherapeutische Behandlungsplanung zu entwickeln.

Der Ehemann erklärt sich sofort zum Gespräch bereit, es erscheint ein auffallend

gepflegter und modisch gekleideter Patient mit seiner erschöpft wirkenden Ehefrau. Der Ehemann wirkt in der Schilderung der Krankheitsgeschichte seiner Frau ausgesprochen eloquent, er schildert eine Reihe individueller Strategien, wie er sich in Konfliktsituationen mit seiner Frau verhält, offenbar werden Konflikte eher verdeckt ausgetragen. Die Ehefrau dagegen wirkt im Gespräch deutlich depressiv, sie berichtet von mehrfachen Aufenthalten in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken, die sie jeweils wegen depressiver Verstimmungen aufgesucht habe. In diesen Phasen habe sie sich allerdings von ihrem Mann sehr unterstützt gefühlt, überhaupt sei er ein Mensch, mit dem man ganz gut zurechtkommen könne, abgesehen von den vielen Macken, die er habe.

Der Abschluß des Gesprächs wird durch den Dialog zwischen Dr. A. und Dr. K. gebildet, im Sinne eines reflektierenden Teams sprechen beide im Beisein des Ehepaars über ihre Eindrücke. Dabei überwiegen positive Konnotationen und Wertschätzungen für das jeweilige Verhalten der Ehepartner, die trotz aller Widrigkeiten viele Jahre zusammengeblieben sind und deren Verbundenheit im Gespräch deutlich spürbar war. Gleichzeitig wird vereinbart, daß Dr. K. sich weiterhin somatisch um die Patientin bemüht, den Eheleuten wird ein Wiederholungstermin für ein Paargespräch im gleichen Setting vorgeschlagen, falls sie dieses wünschen. In der Folgezeit wendet sich die Patientin nur noch gelegentlich an Dr. K., meist um Routinerezepte abzuholen, gelegentlich klagt sie noch über Magendruck und Meteorismus, auch bestünden nach wie vor Einschlafstörungen. Mit dem Ehemann habe sie sich eingerichtet, er sei eben so wie er sei, und eigentlich habe er auch sein Gutes.

Erfolgreiche Kooperation setzt das Fachwissen der Behandler voraus und ihre Motivation, den Behandlungsauftrag aufzunehmen, darüber hinaus ihren Willen, ihre Fähigkeit zur Kooperation und kooperationsfreundliche Rahmenbedingungen in der Praxis bzw. Institution (Hendrichke et al. 2001). Während Fachwissen und Behandlungsmotivation vom jeweiligen Behandler *mitgebracht* werden, muß Kooperationsfähigkeit *ingebracht* werden. Die für eine erfolgreiche professionelle Kooperation notwendigen Voraussetzungen sind bekannt (vgl. Axelrod 1987; Schweitzer 1998; Manteufel u. Schiepek 1998), im Gesundheitssystem aber nicht immer leicht herzustellen.

- Die Anzahl der unterschiedlichen Behandler sollte überschaubar sein.
- Es sollte ausreichend Zeit für persönliches Kennenlernen und Informationsaustausch zur Verfügung stehen.
- Respekt vor der beruflichen und persönlichen Identität des anderen sollte gegeben sein, und Konkurrenz- und Machtkämpfe um eigenes oder fremdes Expertentum sollten vermieden werden.
- Skepsis ist gegenüber Lösungsversuchen angebracht, die sich bereits als erfolglos erwiesen haben und die nun, mit verstärkter Intensität verfolgt doch zum Ziel führen sollen.
- Und schließlich muß sich Kooperation für alle Beteiligten lohnen, idealistische Motive einzelner führen mittel- und langfristig nicht zum Kooperationserfolg. Der Gewinn kann dabei für die einzelnen Kooperationspartner sehr



unterschiedlich aussehen, er kann die Form von Reputation, Zeit, Geld usw. haben.

Die Kooperation von Ärzten untereinander gestaltet sich nicht selten schwieriger und vielschichtiger als die der Ärzte mit dem Patienten. Zu unterschiedlich sind die jeweiligen Arbeitsstile, zu verschieden die theoretischen Ausgangspunkte, als daß das Zusammenführen der Kompetenzen ohne viel Erfahrung und Wissen über den Prozeß der Kooperation, dessen Chancen und Grenzen gelingen könnte (vgl. Seaburn et al 1996). Insbesondere gilt dies auch für „Organmediziner“ und ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten: Wie alle Spezialisten unterscheiden sie sich in ihrem Fachjargon, Psychotherapeuten unterscheiden sich zudem in ihren Konzepten von Gesundheit und Therapie, im Gebrauch von Zeit und im Umgang mit vertraulichen Informationen von ihren somatisch orientierten Fachkollegen. Ohne ein Verständnis für diese unterschiedlichen Berufskulturen und Arbeitsstile enden Kooperationswünsche allzu häufig in gegenseitigen Anschuldigungen und Machtkämpfen. Deshalb spielen Kommunikation und Absprachen im Prozeß der Kooperation eine zentrale Rolle, sie müssen beinhalten:

- das Anliegen der Zusammenarbeit,
- die Behandlungsaufgabe jedes Beteiligten,
- die Regelung des Umgangs mit vertraulichen Informationen,
- eine Regelung des Umgangs mit Meinungsverschiedenheiten zwischen den Behandlern.

### **2.3 Kooperationsmodelle**

Während im stationären Bereich bereits eine Reihe von etablierten Kooperationsformen existieren, ist dies im ambulanten Versorgungssektor bisher noch die Ausnahme. Daher soll exemplarisch ein interdisziplinäres Versorgungsmodell für psychosomatisch-somatopsychisch erkrankte Patienten vorgestellt werden, das eine systematische Kooperationsstruktur für primär behandelnde Ärzte anbietet, wenn deren psychosomatische und kommunikative Grundkompetenz für die Weiterbehandlung nicht mehr ausreicht (vgl. Kröger u. Hendrichske 2002). Umschriebene therapeutische Interventionen (Aufklärung, Ressourcenaktivierung, psychosoziale Vernetzung) führen bei kooperativer und integrativer Zusammenarbeit somatischer und psychosozialer Behandler bei dieser Patientengruppe nachweislich zu bedeutsamen Veränderungen des Krankheitsverhaltens (z. B. Katon et al. 1992, 1995; Conti u. Burton 1996; Spitzer et al. 1995). Gezielte Diagnose und Behandlungstechniken, strukturierte psychoedukative bzw. gesundheitspsychologische Angebote, psychosoziale Kriseninterventionen und Streßmanagement-Programme sind in der Lage, beträchtliche Einsparreserven

zu mobilisieren und die Behandlungszufriedenheit der Patienten zu erhöhen (Hellmann et al. 1990; Smith et al. 1986, 1995; Kashner et al. 1995; Amundson 1996; McLeod u. Budd 1997).

Es liegt daher nahe, diesen Patienten ein multimodales Behandlungsangebot zu machen, das eine enge Zusammenarbeit zwischen dem behandelnden Hausarzt und einem komplementären psychosozialen Behandlungsteam (sog. Task-Force-Team, bestehend aus Psychosomatiker, Gesundheitspsychologe und Pflegekraft) voraussetzt (Hendrichke u. Kröger 1998).

Nach einem explorativen Erstgespräch, das der Psychosomatiker mit dem Patienten im Beisein des Hausarztes in dessen Praxis führt, nimmt der Patient an einem zeitlich befristeten und strukturierten Interventionsprogramm teil, das auf eine Verbesserung in folgenden Bereichen zielt:

- Krankheitsverhalten und Krankheitsbewältigung,
- Behandlungsakzeptanz und Patientencompliance,
- Alltagsbewältigung und Streßmanagement,
- Reduktion gesundheitsschädlichen Verhaltens.

Die Interventionen orientieren sich an den individuellen Bedürfnissen des Patienten und beziehen seine Fähigkeit zur Introspektion und Kooperation ein. Unter dem Gesichtspunkt der differentiellen Indikationsstellung werden die Patienten in ein gestuftes Interventionsprogramm aufgenommen, das fünf Bausteine umfaßt:

– *Information und Aufklärung*

Gemeint sind damit krankheitsbezogene Sachinformationen und Aufklärung, Informationen über psychosomatische Wechselwirkungen und über die Risiken gesundheitsschädlichen Verhaltens.

– *Psychoedukative Programme und Verfahren*

Neben dem Training der Patientencompliance steht hier die Stärkung der Eigenkompetenz und der Selbstwirksamkeit im Vordergrund. Hinzu kommt das Training von Copingkompetenzen und die Verbesserung des Streß- und Konfliktmanagements durch psychoedukative themenzentrierte Gruppengespräche, verhaltensmedizinische Trainingsprogramme und Diskussionsgruppen für Paare und Familien.

– *Entspannungsverfahren*

Hier kommen neben der funktionellen Entspannung das autogene Training und die Progressive Muskelrelaxation zum Einsatz.

– *Überleitung in das psychotherapeutische Versorgungssystem*

Dabei geht es um die Klärung der Indikation und vorbereitende Motivationsarbeit zur Psychotherapie sowie die Kontaktgestaltung und Kooperation mit Psychotherapeuten (ambulant/stationär), die ggf. die Behandlung im psychotherapeutischen Setting fortführen.

– *Supportive Kooperation mit dem Primärarzt*

Der primär behandelnde Arzt arbeitet in einem Netz von ca. zehn weiteren Hausarztpraxen mit dem Task-Force-Team zusammen und erhält von diesem kontinuierlich fallbezogene Unterstützung und Supervision in Form von interdisziplinären Fallkonferenzen oder in der Balintgruppe.

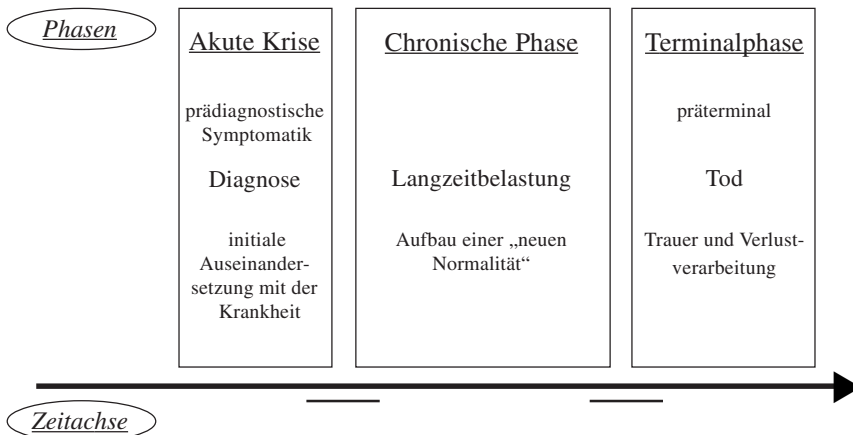
### 3 Psychosoziale Typisierung von Krankheit

John Rolland (1994, 2000) hat ein Phasenmodell familiärer Krankheitsverarbeitung entwickelt und die Interaktion der Krankheitsverarbeitung mit der psychosozialen Typisierung der Erkrankung beschrieben. Wie Abbildung 2 zeigt, ist die psychosoziale Typisierung charakterisiert durch die Art des Krankheitsausbruchs, den Verlauf, das Ergebnis und die Form der zurückbleibenden Behinderung. Ähnliche Krankheitstypen wirken sich ähnlich auf Familien aus und erfordern entsprechende Bewältigungsstrategien unabhängig davon, welches Organsystem betroffen ist.

<b>Ausbruch</b>	Akut oder protrahiert
<b>Verlauf</b>	Progredient oder konstant oder periodisch rezidivierend
<b>Ergebnis</b>	Letal oder fraglich letal oder nicht letal
<b>Behinderung</b>	Nicht oder leicht oder mäßig oder stark behindert
<b>Ungewißheit</b>	Nicht oder leicht oder mäßig oder sehr ungewiß

Abb. 2: Psychosoziale Typisierung von Krankheit (Rolland 1984)

Wir begegnen Patienten, deren Partnern und Familienangehörigen in einer bestimmten Phase der Krankheitsverarbeitung. Die initiale Auseinandersetzung mit der Erkrankung ist oft geprägt durch eine akute Krise und die Ängste und Unsicherheiten, die die prädiagnostischen Symptome und schließlich die Diagnose mit sich bringen. Dies macht mitunter kurzfristige, aber weitreichende familiäre Umstrukturierungen notwendig. In der chronischen Krankheitsphase müssen sich die Patienten und ihre Familien dagegen mit den Langzeitbelastungen der Erkrankung auseinandersetzen. Körperliche Einschränkungen, anstrengende Therapien, Gewißheit oder Angst vor Rückfällen bestimmen die Form der Krankheitsbewältigung (Abb. 3).



**Abb. 3:** Phasen familiärer Krankheitsverarbeitung (modifiziert nach Rolland 1984)

Die Bedürfnisse der Patienten und ihrer Angehörigen sind in den unterschiedlichen Phasen verschieden. So ist in der akuten Phase der Informationsaspekt von größter Bedeutung: Wie ist der zu erwartende Verlauf, welches sind die Belastungen, wie ist der günstigste Umgang mit der Erkrankung, wo sind Hilfsmöglichkeiten und welcher Art sind die Erfahrungen mit den Institutionen des Gesundheitssystems? In der Regel ist der Bedarf in der chronischen Phase ein anderer. Die Familien sind bezüglich der medizinischen und technischen Fragen meist schon Experten geworden. Jetzt steht die Frage des Umgangs mit der Ungewißheit, mit Ungeduld, aber auch mit immer wiederkehrenden Ängsten im Vordergrund. Es gilt, mit der Familie geeignete Entlastungsmuster in der chronischen Belastung zu entwickeln.

Die Begleitung von Patienten und ihren Angehörigen in der präterminalen und terminalen Phase ist eine besondere Herausforderung. Der ungewollte und endgültige Abschied, Schuld und Schuldgefühle, spirituelle Fragen und in glücklichen Fällen die Aussöhnung mit dem erlittenen Schicksal sind hier Gesprächsbestimmend.

Unterschiedliche Krankheitsphasen erfordern unterschiedliche Bewältigungsstrategien. Familien, die sich des phasenhaften Ablaufs des Krankheitsgeschehens bewußt sind, können sich in Phasenübergängen leichter von bewährten Mustern verabschieden. So sinnvoll der enge familiäre Zusammenhalt z. B. in Zeiten der akuten Krise sein kann, so kann er in der chronischen Erkrankungsphase doch dazu führen, daß der Patient die ihm mögliche Selbständigkeit und Autonomie nicht erreicht und sich die Familienangehörigen stärkere Einschränkungen auferlegen als notwendig.

Das Zusammentreffen der Entwicklungsaufgaben im familiären Entwicklungszyklus mit den Notwendigkeiten der familiären Krankheitsverarbeitung kann zu Entlastungen, aber auch zu zusätzlichen Konflikten führen. In aller Regel wirkt sich eine ernsthafte Krankheit zentripetal auf eine Familie aus. Fällt die Erkrankung nun in eine Phase, in der die Familie ohnehin auf einen starken Zusammenhalt eingestellt ist, wie etwa nach der Geburt von Kindern, kann dies die Adaption erleichtern gegenüber einer eher zentrifugal ausgerichteten Lebensphase, wenn sich z. B. heranwachsende Kinder mit der Behinderung oder Erkrankung eines Elternteils oder eines Geschwisterkindes auseinandersetzen müssen.

#### **4 Therapeutische Interventionen in der systemischen Familienmedizin**

Die Einbeziehung bei der Krankenversorgung bedeutet für Familienangehörige in vielen Fällen die Möglichkeit, ein Gefühl von Kontrolle in einer von ihnen primär nicht kontrollierbaren Situation zurückzugewinnen. Allerdings droht hier auch die Gefahr der Überforderung desjenigen oder derjenigen, die im engsten Kontakt zum Patienten stehen. Eine enge Zusammenarbeit zwischen den Familien und den medizinischen und psychosozialen Hilfssystemen kann bei einer Begrenzung der Belastung auf ein für die Familie tragbares Maß helfen.

Insbesondere chronische Krankheitsverläufe können dazu führen, daß Alltagsprobleme und Meinungsverschiedenheiten für die Familien wie durch ein Vergrößerungsglas hervorgehoben werden, so daß sich Schuld- und Defizitgefühle zu den Belastungen durch die Erkrankung noch addieren. Auseinandersetzungen, die sonst eine regulative Funktion innerhalb des familiären Systems beinhalten, verschärfen nun die Krise. Deshalb stehen bei der familienmedizinischen Betreuung von Paaren und Familien die Themen der Krankheitsverarbeitung und -bewältigung und die Auswirkung der Erkrankung auf die einzelnen Familienmitglieder im Vordergrund. Unterstützt werden Kompetenzen und Ressourcen zur Krankheitsverarbeitung, die es dann schrittweise ermöglichen, der Erkrankung einen angemessenen Ort im familiären Alltag zuzuweisen (Gonzalez et al. 1989). Dysfunktionale Verhaltensmuster werden also in der Regel als Reaktion auf die Belastungen gesehen und nicht psychopathologisiert, sondern durch die „Lupenwirkung“ erklärt. In Abbildung 4 sind die unterschiedlichen Vorgehensweisen in der Familienpsychotherapie und systemischen Familienmedizin gegenübergestellt.

<u>Familienpsychotherapie</u>	<u>Systemische Familienmedizin</u>
Arbeiten mit Familien, die mit einem <b>Problem</b> nicht oder nur unzureichend zurecht kommen	Arbeiten mit Familien, die mit einer <b>Krankheit</b> nicht oder nur unzureichend zurecht kommen
Im <b>Mittelpunkt</b> stehen die <b>Beziehungen</b> der Familienmitglieder untereinander	Im <b>Mittelpunkt</b> steht die <b>Erkrankung</b> und ihre <b>Auswirkung</b> auf die Familienmitglieder
Therapeutischer Fokus: Anregen von <b>Veränderung von Interaktionsmustern</b>	Therapeutischer Fokus: Unterstützen von <b>Kompetenzen</b> und <b>Ressourcen</b> zur Krankheitsverarbeitung
Eher <b>aufdeckend</b> Die <b>Familie</b> „bestimmt“ den Auftrag	Eher <b>supportiv</b> Die <b>Krankheit</b> „bestimmt“ den Auftrag

---

**Abb. 4:** Unterschiede zwischen der Familienpsychotherapie und der Systemischen Familienmedizin

Die Methodik der systemischen Familienmedizin orientiert sich am Krankheitsverhalten und Krankheitserleben der Patienten und fokussiert die unmittelbar darauf bezogenen Handlungsmuster in sozialen Systemen. Entsprechend werden intra- und interindividuelle Probleme auf der Ebene der kommunikativen Muster und Beziehungsstrukturen beschrieben und therapeutische Interventionen geplant, die lösungsorientiert auf diese Muster einwirken. Patienten mit somatischer Behandlungserwartung kommt dieses Vorgehen entgegen, im therapeutischen Dialog werden die mehr und die weniger problem- und symptombelasteten Bereiche erkundet und der Blick nur in sehr langsamem Tempo auf „Ausnahmen“ gerichtet, die von somatopsychischen und psychosomatischen Patienten – wenn überhaupt – nicht primär wahrgenommen werden.

Der therapeutische Dialog in der systemischen Familienmedizin versteht sich damit als Unterstützung des Patienten, hinsichtlich seiner Symptomatik eine Perspektive-Veränderung zu vollziehen, Phasen der Symptomentlastung gegenüber denjenigen einer Belastung größere Aufmerksamkeit zu schenken, Unterschiede zwischen diesen Phasen differenzierter wahrzunehmen und Randbedingungen des Phasenwechsels aktiv zu gestalten.

Aus dem Methodenrepertoire der familien-systemischen Psychotherapie (Überblick bei v. Schlippe u. Schweitzer 1996; Wirsching u. Scheib 2002) lassen sich folgende Elemente besonders gut in der systemischen Familienmedizin nutzen: (a) Genogrammarbeit, (b) lösungsorientiertes, ressourcenaktivierendes Vorgehen.

Auf spezielle Settingvariationen wie die Mehrfamilien-Diskussionsgruppe (vgl. Gonzales et al. 1989; Steinglass 1998; Altmeyer et al. 2002) kann an dieser Stelle nur verwiesen werden.

#### 4.1 Genogrammarbeit

Mit dem Genogramm (McGoldrick u. Gerson 1990) können wir in einer optischen Darstellung mehrere Familiengenerationen mitsamt deren bedeutsamen biographischen, sozialen und medizinischen Daten „auf einen Blick“ erfassen. Das Genogramm ermöglicht die systematische Dokumentation von Informationen über Familienbeziehungen und hilft, familiäre Muster und transgenerationale Themen bezüglich Gesundheit und Krankheit zu erkennen. In der systemischen Familienmedizin kann der Behandler auf diesem Wege frühzeitig familiäre Bewältigungsstrategien vor dem Hintergrund familiärer Krankheitsüberzeugungen (Wälte et al. 2000) kennenlernen. Das Genogramm sollte daher möglichst früh mit dem Patienten, und/oder mit seinem Partner (sowohl im ambulanten als auch im stationären Versorgungsbereich) erstellt werden.

Da transgenerationale familiäre Muster und Erfahrungen die Art der Krankheitserfahrung und Krankheitsverarbeitung *heute* beeinflussen, könnten wichtige Fragen in einem Genogrammgespräch mit dem Patienten (und dem Partner) lauten (vgl. Schilson et al. 1993):

- Wie gingen Mutter bzw. Vater des Patienten mit Schmerz und Streß um?
- Was haben die Eltern ihren Kindern über den Umgang mit Schmerz und Krankheiten vermittelt?
- Welche Erfahrungen haben die Geschwister des Patienten bisher mit Krankheiten gemacht, wie sind sie mit Krankheiten umgegangen?
- Gibt es außer dem Kranken andere Familienmitglieder, die aktuell erkrankt sind oder in letzter Zeit krank waren?
- Was wurde den Kindern des Patienten über die Krankheit erzählt, welches Kind kam bisher am besten mit der Krankheit zurecht, welches am schlechtesten?
- Wie hat der (Ehe-)Partner den Patienten unterstützt, während er krank war?
- Wer hat den (Ehe-) Partner während der Krankheit unterstützt?
- Sind schwerwiegende Veränderungen in der Familie des Patienten zu erwarten (insbesondere der erwartete Verlust von Angehörigen)?
- Welche nicht unmittelbar zur Familie gehörenden Personen sind für den Patienten wichtig, hat der Patient von diesen Personen Unterstützung und Hilfe erfahren?
- Welche Erfahrungen hat der Patient im Lauf seiner Erkrankung mit Ärzten, Pflegepersonal, Versicherungen etc. gemacht?

Psychotherapeutisch sind die Ziele begrenzt und orientieren sich nur langsam weg von der Symptomatik hin zur Krankheits- und Lebensbewältigung. Das „Krankheits-Genogramm“ erkundet aktuelles und tradiertes familiäres Verhalten rund um Krankheit und erlaubt es den Patienten, sich langsam neben familiären Belastungen, Streß und Schmerz schließlich auch mit Emotionen auseinanderzusetzen bzw. sich diesen anzunähern.

Das Genogramm ermöglicht darüber hinaus die Identifizierung *psychosozialer Risikofaktoren* einer Familie (Glenn et al. 1984), dies können sein:

- Probleme, die mit ungelösten Konflikten aus der Herkunftsfamilie in Beziehung stehen,
- Probleme und Störungen der Paarbeziehung,
- Probleme, die aus unaufgelöster Trauer nach dem Verlust bedeutsamer Angehöriger entstehen,
- Probleme, die aus süchtigem Verhalten entstehen,
- finanzielle Probleme und Probleme der Arbeitswelt, v. a. drohender oder stattgefundenen Arbeitsplatzverlust,
- Probleme, die durch Schul-, Arbeitsplatz- oder Wohnortwechsel bedingt sind.

## **4.2 Lösungsorientierte, ressourcenaktivierende Vorgehensweisen**

Patienten verhalten sich häufig so, als ob ihr aktuelles Verhalten die einzige Möglichkeit wäre, die quälende Situation zu bewältigen. Sie haben ihre eigene Beschwerde- und Lösungsrealität, die eng mit ihren subjektiven Krankheitstheorien verknüpft ist und ein sich selbst verstärkendes, sich wiederholendes kognitives Muster bildet, das eine hohe Stabilität aufweist. Aus der Sicht der Patienten kann es für ein so großes Problem nur eine große und radikale (bei somatoformen Störungen z. B. körperliche) Lösung geben. Daß große Probleme nicht unbedingt große Lösungen brauchen, sondern daß auch kleine Veränderungen in bis dahin starren Mustern zu großen Veränderungen führen können, ist dagegen eine der wesentlichen Grundannahmen nicht nur systemischer Therapeuten, die mehr den lösungsorientierten Ansatz praktizieren (vgl. de Shazer 1989; Berg 1992; Ludewig 1992).

Ein lösungsorientiertes, von der Behandlungserwartung des Patienten geleitetes Vorgehen bedeutet für den behandelnden Therapeuten, daß z. B. bei Patienten mit somatoformen Störungen die Exploration der körperlichen Symptomatik im Vordergrund steht. Ergänzt wird dieses Vorgehen durch ressourcenaktivierende Fragen nach der Problembewältigung:

- Wie haben Sie diese schwierige Situation bisher überhaupt bewältigen können?
- Wie haben Sie es geschafft, daß es nicht noch schlimmer wurde?
- Was hat Ihnen bisher geholfen?



Die diagnostische Erkundung der Symptomatik und der Bewältigungskompetenz der Patienten kann mit Hilfe der Skalierungsfragen erfolgen:

- Wenn Sie eine Skala von 0 – 10 zur Verfügung haben, schätzen Sie bitte die derzeitige Ausprägung der Rückenbeschwerden einmal auf dieser Skala ein.
- Wie wirkt es sich auf Ihr Alltagsverhalten aus, wenn Sie sich auf der Skala z. B. bei 5 oder bei 7 einschätzen würden?
- Wie müßte sich der heutige Nachmittag oder Abend gestalten, damit die Schmerzen auf der Skala nicht bei 4, sondern bei 6 sind?
- Können Sie selbst etwas dafür tun, daß sich die Schmerzen bessern? Was könnte das sein?

McDaniel et al. (1997) empfehlen folgende Grundhaltungen und Themenbereiche für das familienmedizinische Gespräch:

1. Die biologische Dimension der Krankheit erkennen und anerkennen.
2. Information, psychologische Beratung und Unterstützung anbieten.
3. Abwehrhaltungen respektieren, von Schuldzuweisungen entlasten.
4. Die Krankengeschichte der Familie und ihre Bedeutung erarbeiten.
5. Das Gespräch in der Familie aufrechterhalten.
6. Die Familienidentität stärken.
7. Das Gefühl der Selbstwirksamkeit der Familie stärken.
8. Der Familie mit Empathie verbunden bleiben.
9. Eine erneute Kontaktmöglichkeit anbieten.

Die folgenden Fragen geben Information darüber, über welche Krankheits- und Bewältigungskonzepte die Familie verfügt und wie sie die Erkrankung erlebt. Wenn eine Familie mit Hilfe dieser Fragen ihre Krankengeschichte erzählt, wird den einzelnen Familienmitgliedern mitunter erst im Erzählen bewußt, wie die Krankheit den Patienten und die Familie verändert hat. Diese veränderten Muster werden in der systemischen Familienmedizin als „neue Normalität“ anerkannt und wertgeschätzt, sie werden benannt als Anpassung an die Erfordernisse der Krankheit und damit „normalisiert“. Häufig gilt es angesichts schwerer Erkrankungen gewohnte Maßstäbe für das, was noch normal und was schon pathologisch ist, neu zu definieren.

Fragen an den Patienten zu Krankheits- und Bewältigungskonzepten von Familien:

1. Was verursachte Ihrer Meinung nach Ihre Beschwerden?
2. Warum begann es Ihrer Meinung nach gerade zu diesem Zeitpunkt?
3. Was bewirkt Ihrer Meinung nach die Krankheit bei Ihnen?
4. Wird Ihre Krankheit einen langen oder kurzen Verlauf haben?
5. Welches sind die Hauptprobleme, die Ihnen Ihre Krankheit verursacht?
6. Wovor haben Sie bei Ihrer Erkrankung am meisten Angst?
7. Welche Behandlung sollten Sie Ihrer Meinung nach bekommen?

8. Welches sind die wichtigsten Ergebnisse, die Sie sich von dieser Behandlung erhoffen?
9. Sind Komplikationen zu erwarten?
10. Welche Erfahrungen haben Ihre Angehörigen mit Krankheiten?
11. Hatte je ein anderes Familienmitglied eine ähnliche Erkrankung wie Sie jetzt?
12. Wie haben Sie oder Ihre Familie sich in der Vergangenheit von einer Krankheit erholt?
13. Was könnte für Sie den Heilungsprozeß erschweren?
14. Ist Ihr Leben Ihrer Meinung nach lebenswert?

## 5 Schluß

Der Ansatz der systemischen Familienmedizin beinhaltet, kranken Menschen dabei zu helfen, sich für das Leben in einem sinnvollen sozialen Kontext zu entscheiden. Erfahrene Therapeuten wissen um die Macht der Familie bei der Behandlung ihrer Patienten. Die „Familiengeister“ sind bei diagnostischen und therapeutischen Gesprächen anwesend. Ein Patient kann wegen eines psychosomatischen Leidens umfassend und erfolgreich stationär behandelt werden, um dann, nach Hause zurückgekehrt, erneut symptomatisch zu werden, weil die Familienangehörigen nicht ausreichend einbezogen wurden. Umgekehrt kann eine ambulante Behandlung dann erfolgreich sein, wenn Patient und Therapeut von den Angehörigen unterstützt werden. Durch die Bevorzugung ambulanten Behandlungsmodelle hat die Familie eine neue wichtige Bedeutung bekommen. Sie ist in erster Linie gefordert, wenn auf die Krankheit oder Behinderung eines Familienmitglieds reagiert werden muß. Für viele Kranke bildet sie den Mittelpunkt der Betreuung. Gesundheits- und Krankheitsverhalten wird in Familien gelernt und von Familien geformt. Die erfolgreiche Behandlung von Patienten steht und fällt häufig mit der Fähigkeit des Therapeuten, die Familie nicht nur einzubeziehen, sondern in gleichem Maße die Ressourcen des Patienten und seiner Familie – deren Kräfte, Kompetenzen und Fähigkeiten – zu erkennen, zugänglich zu machen und zu nutzen. Dies kann nur dann erfolgreich gelingen, wenn auf Dominanz und Abhängigkeit gegründete Beziehungsmuster überwunden und die Krankheitskonzepte der Patienten und ihrer Angehörigen, die sich grundlegend von den medizinischen Konzepten unterscheiden können, verstanden werden (Rolland 1994; Wright et al. 1996). Ganz allgemein geht es darum, Patienten und ihre Angehörigen nicht nur als behandlungsbedürftige „Kunden“ anzusehen, sondern als „Kollegen“ und Partner einer gemeinsamen Behandlung.

## Literatur

- Altmeyer, S.; Kröger, F.; McDaniel, S. (2002): Systemische Familienmedizin. In: Wirsching, M.; Scheib, B. (Hg): Paar- und Familientherapie. Berlin: Springer, S.297–321.
- Amundson, B. (1996): Successful implementation of collaborative care in a network-model HMO, CFHCC Newsletter, Spring 1996.
- Armbruster, M. (1996): Jugendliche mit Phenylketonurie und ihre Familien. Unveröff. Dissertation, Medizinische Fakultät Universität Heidelberg.
- Axelrod, R. (1987): Die Evolution der Kooperation. München: Oldenburg.
- Balck, F.; Berth, H. (2002): Die Bedeutung der Familie beim Umgang mit hereditären Krebserkrankungen – Ein Überblick zu Forschungsergebnissen am Beispiel des erblichen Darmkrebs. Kontext 33(1): 5–23.
- Berg, I.K. (1992): Familienzusammenhalt(en). Ein kurztherapeutisches und lösungsorientiertes Arbeitsbuch. Dortmund: modernes lernen.
- Buck, J.L.; Follen, M.; Johnson, D. et al. (1995): Fostering Collaborative Decision Making at the End of Life: The Role of the Systemic Life Consultant. Poster, CFHCC Konferenz, Washington DC, Juli 1995.
- Conti, D.; Burton, W. (1996): The economic impact of depression in a workplace. J. Occup. Med. 369: 983–988.
- de Shazer, S. (1989): Wege der erfolgreichen Kurztherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Doherty, W.J.; Baird, M. (Hg.) (1987): Family-centered medical care: A clinical casebook. The Guilford Press: New York.
- Fischetti, L.; McCutchan, F. (2002): A Contextuel History of the Behavioral Sciences in Family Medicine Revisited. Family, Systems & Health 20(2): 113–129.
- Glenn, M.; Atkins, L.; Singer, R. (1984): Integrating a family therapist into a family medicine practice. Family Systems Medicine 2: 137–146.
- Gonzalez, S.; Steinglass, P.; Reiss, D. (1989): Putting the illness in ist place. Discussion groups for families with chronicl medical illness. Family Process 28: 69–87.
- Hegemann, T.; Asen, E.; Tomson, P. (2000): Familienmedizin. Stuttgart: Schattauer.
- Hellmann, C.J.; Budd, M.; Borysenko, J. et al. (1990): A study of the effectiveness of two group behavioural medicine interventions for patients with psychosomatic complaints. Behav. Medicine 16: 165–173.
- Hendrischke, A.; Kröger, F. (1998): Die interdisziplinäre Versorgung von „high utilizern“ im Bereich der Primärmedizin – ein kooperatives Task-Force Modell. Unveröff. Forschungsantrag, RWTH Aachen.
- Hendrischke, A.; Petzold, E.R. (1993): Vorschläge zur Durchführung der Psychosomatischen Grundversorgung. Psycho 19: 558–565.
- Hendrischke, A.; Petzold, E.R. (1997): Psychosomatische Grundversorgung. In: Studt, H.; Petzold, E.R. (Hg.): Handbuch der Psychotherapeutischen Medizin. Berlin: de Gruyter, S. 442–445.
- Hendrischke, A.; Blatt-Bodewig, M.; Thissen, C.; Weller, B.; Bachmeyer, K.; Detert, E.; Schmidt-Keller, B. (2001): Multimodale Kooperation in der Behandlung einer Depression – ein familiensystemischer Ansatz. Psychotherapie im Diaglog PiD 2: 457–468.
- Kashner, T.M.; Rost, K.; Cohen, B. et al. (1995): Enhancing the health of somatization disorders patients. Effectiveness of short-term group therapy. Psychosomatics 36: 462–470.
- Katon, W.; v. Korff, M.; Lin, E. et al. (1992): A randomized trial of psychiatric consultation with distressed high utilizers. Gen. Hosp. Psychiatry 14: 86–89.

- Katon, W.; v. Korff, M.; Lin, E. et al. (1995): Collaborative management to achieve treatment guidelines: impact on depression in primary care. *JAMA* 273: 1026–1031.
- Könning, J.; Sczepanski, R.; v. Schlippe, A. (1994): *Betreuung asthmakrankender Kinder im sozialen Kontext*. Stuttgart: Enke.
- Kröger, F.; Hendrichske, A.; McDaniel, S. (Hg.) (2000): *Familie, System und Gesundheit*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Kröger, F.; Hendrichske, A.; Petzold, E.R. (1997): *Familientherapie*. In: Studt, H.; Petzold, E.R. (Hg.): *Handbuch der Psychotherapeutischen Medizin*. Berlin: de Gruyter, S. 328–331.
- Kröger, F.; Hendrichske, A. (2002): *Kooperation im Gesundheitswesen*. *Psychotherapie im Dialog* PiD 3:13–20.
- Ludewig, K. (1992): *Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Manteufel, A.; Schiepek, G. (1998): *Systeme spielen. Selbstorganisation und Kompetenzentwicklung in sozialen Systemen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- McDaniel, S. (1996): *Kooperative, familienorientierte Gesundheitsfürsorge – Grundprinzipien und fachliche Voraussetzungen*. *Psychotherapeut* 41: 45–50.
- McDaniel, S. (2002): *An Beziehungsarbeit darf nicht gespart werden*. *Psychotherapie im Dialog* PiD 1: 82–86.
- McDaniel, S.; Hepworth, J.; Doherty, W. (1995): *Medizinische Familientherapie mit ungewollt kinderlosen Paaren*. *Kontext* 26 (2): 99–126.
- McDaniel, S.; Hepworth, J.; Doherty, W. (1997): *Familientherapie in der Medizin. Ein biopsychosoziales Behandlungskonzept für Familien mit körperlich Kranken*. Heidelberg: Carl Auer.
- McGoldrick, M.; Gerson, R. (1990): *Genogramme in der Familienberatung*. Bern: Huber.
- McLeod, C.C.; Budd, M.A. (1997): *Treatment of somatization in primary care: Evaluation of the Personal Health Improvement Program*. *HMO Practice* 112: 88–94.
- Reichwald-Klugger, E.; Bethe, D.; Rosenkranz, J.; Mehls, O. (1996): *Living donor transplantation. The neglected donor*, Vortrag 27th annual conference of the european working group on psychosocial aspects of children with chronic renal failure, Vienna, May 1996.
- Roesler, T.A.; Gavin, L.A.; Brenner, A.M. (1995): *Collaborative treatment in a tertiary care setting*. *Fam. Syst. Med.* 13(3/4): 313–318.
- Rolland, J. (1984): *Toward a psychosocial typology of chronic and lifethreatening illness*. *Family Systems Medicine* 2: 245–262.
- Rolland, J. (1994): *Families, Illness & Disability – An Integrative Treatment Model*. New York: Basic Books.
- Rolland, J. (2000): *Krankheit und Behinderung in der Familie. Modell für ein integratives Behandlungskonzept*. In: Kröger, F.; Hendrichske, A.; McDaniel, S. (Hg.): *Familie, System und Gesundheit*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme, S. 62–104.
- Schilson, E.; Braun, K.; Hudson, A. (1993): *Use of genograms in family medicine: a family physician/family therapist collaboration*. *Fam. Syst. Med.* 11(2): 201–210.
- Schneewind, K.A.; Hillebrandt, G.F.; Land, W. (1996): *Lebendnierenspende zwischen verwandten und nicht-verwandten Personen: Das Münchner Modell*. *Report Psychologie* 22: 118–121.
- Schweitzer, J. (1998): *Gelingende Kooperation. Systemische Weiterbildung in Gesundheits- und Sozialberufen*. Weinheim: Juventa.
- Seaburn, D.; Gawinski, B.; Harp, J. et al. (1993) *Family systems therapy in a primary care medical setting: the Rochester experience*. *J. Mar. Fam. Therapy* 19: 177–187.

- Seaburn, D.; Lorenz, A.; Gunn, W.; Gawinski, B.; Mauksch, L. (1996): Models of collaboration. A guide for mental health professionals working with health care practitioners. New York: Basic Books.
- Smith, G.R.; Monson, R.; Ray, D. (1986): Psychiatric consultation in somatization disorder. *N. Engl. J. Med.* 314: 1407–1413.
- Smith, G.R.; Rost, K.; Kashner, T.M. (1995): A trial of the effect of a standardized psychiatric consultation on health outcomes and costs in somatizing patients. *Arch. Gen. Psychiatry* 52: 238–243.
- Spitzer, R. et al. (1995): Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the Prime-MD 1000 study. *JAMA* 274: 1511–1517.
- Steinglass, P. (1998): Multi Family Discussion Groups for Patients with Chronical Medical Illness. *Families, Systems & Health* 16: 55–70.
- v. Schlippe, A. (2001): Talking about Asthma: The Semantic Enviroments of Physical Illness. *Families, System & Health* 19(3): 251–262.
- v. Schlippe, A.; Theiling, S. (1997): Familienorientierte Arbeit im Kontext chronischer Krankheit. In: Könning, J.; Szczepanski, R.; v. Schlippe, A. (Hg.): *Betreuung asthmapatienten im sozialen Kontext*. Stuttgart: Enke, S. 125–137.
- v. Schlippe, A.; Theiling, S.T.; Lob-Corzilius, T.H.; Szczepanski, R. (2001): The „Luftkurs“ Innovative Family Focused Training of Children with Asthma in Germany. *Family, System & Health* 19(3): 263–284.
- v. Schlippe, A.; Schweitzer, J. (1996): *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wälte, D.; Hendrichke, A.; Kröger, F.; (2000): Familiäre Krankheitskonzepte: Ein neuer Ansatz in der empirischen Familienforschung. In: Kröger, F.; Hendrichke, A.; Mc Daniel, S. (Hg.): *Familie, System und Gesundheit. Systemische Konzepte für ein soziales Gesundheitswesen*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Weih, K.; Fisher, L.; Baird, M. (2002): Families ,Health and Behavior. *Families, Systems & Health* 20(1): 7–46.
- Wirsching, M.; Scheib, P. (Hg.) (2002): *Paar- und Familientherapie*. Berlin: Springer.
- Wischmann, T. (1996): Der Wunsch nach einer heilen Familie. *Interview in Psychologie Heute*, Heft 10: 45–47.
- Wischmann, T.; Stammer, H.; Gerhard, I.; Verres, R. (1998): Belastende Lebensereignisse und Paarbeziehungsmuster bei Paaren mit idiopathischer Sterilität – erste Ergebnisse aus der Paarberatung und Paartherapie in der „Heidelberger Kinderwunsch-Sprechstunde“. In: Brähler, E.; Goldschmidt, S. (Hg.): *Psychosoziale Aspekte von Fruchtbarkeitsstörungen*. Bern: Huber, S. 563–577.
- Wright, L.; Watson, W.; Bell, J (1996): *Beliefs: The heart of healing in families and illness*. New York: Basic Books.
- Zipfel, S.; Löwe, B.; Schneider, A.; Herzog, W.; Bergmann, G. (1999): Lebensqualität, Depressivität und Krankheitsverarbeitung bei Patienten in der Wartezeit auf eine Herztransplantation. *Psychother. Psychosom. med. Psychol.* 49: 187–194.

Anschrift der Verfasser: Prof. Dr. Friedebert Kröger, Fliedner Krankenhaus, Thunesweg 58, 40885 Ratingen; E-Mail: [friedebert.kroeger@krankenhaus.fliedner.de](mailto:friedebert.kroeger@krankenhaus.fliedner.de)